

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

298

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

William MIKHAIL

Né le 1^{er} janvier 1917, à Kafr Salama Ibrahim (Egypte)

**Contribution à l'étude du Pemphigus aigu
maladie professionnelle**

Président : M. LEMIERRE, Professeur.

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR.

289, RUE SAINT-JACQUES, 289.

1940.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

William MIKHAIL

Né le 1^{er} janvier 1917, à Kafr Salama Ibrahim (Egypte)

Contribution à l'étude du Pemphigus aigu maladie professionnelle

Président : M. LEMIERRE, Professeur.

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1940

LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
»	FIESSINGER.
»	LOEPER.
»	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIÈRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale.....	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIE.
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE	Urologie.
DELARUE	Anat. pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ	Physique.
DESOLLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgic.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS	Anat. pathologique.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.

MM.	
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
LENEGRE	Pathologie médicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgic.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgic.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
SICARD	Pathologie chirurgic.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.

MM.	
LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique Médicale.
BRULÉ	
CATHALA	
CHABROL	
CHEVALLIER	
DONZELOT	
HUGUENIN	
LAROCHE (Guy)	
LIAN	
MOREAU	
PIÉDELIEVRE	} Clinique Obstétricale.
SEZARY	
DUVOIR	
GASTINEL	

MM.	
BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
DE GAUDART D'ALLAINES	
LEVEUF	
MOULONGUET	} Clinique Obstétricale.
MOURE	
QUENU	
ECALLE	
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Leur vie est un symbole du travail et du sacrifice.

Je leur dois ce que je suis.

*Avant d'affronter ma vie professionnelle,
il m'est très doux de leur offrir ce modeste travail, bien faible témoignage de mon affectueuse reconnaissance et de mon amour filial.*

A MES SOEURS ET A MES FRÈRES

En gage de toute mon affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR LEMIERRE
Officier de la Légion d'honneur
Croix de Guerre
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de clinique des maladies infectieuses

*Qui a bien voulu nous réserver le meilleur
accueil et nous inspirer le sujet de ce
travail.*

*En l'assurant de toute notre reconnais-
sance et de notre infinie gratitude pour
les conseils qu'il nous a donnés et l'in-
comparable enseignement qu'il nous
a toujours prodigué.*

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Le pemphigus, dans ses différentes formes, est un grand chapitre de la pathologie cutanée et infectieuse. Nous avons résolu de limiter ce travail à l'étude d'une variété toute particulière du pemphigus qui frappe le plus souvent les bouchers et les personnes maniant par profession, des animaux morts.

Nous nous efforcerons dans ce travail d'étudier, autant qu'il nous est possible, l'évolution de cette affection en soulignant ses caractères étiologiques. Nous espérons que cet aperçu pourra éclairer ceux, qui, après nous, s'intéresseront à ce sujet.

Nous tenons particulièrement à remercier M. le Professeur Lemierre qui a bien voulu nous confier ce sujet à l'occasion d'un cas suivi à Claude-Bernard.

Nous allons successivement passer en revue l'historique, la clinique puis une brève étude anatomo-pathologique. Nous en aborderons ensuite l'étude étiologique et bactériologique. Nous terminerons par l'exposition des grandes lignes de diagnostic, pronostic et les moyens thérapeutiques.

HISTORIQUE

Nous essaierons de montrer dans un court aperçu comment s'est dégagée peu à peu la notion du pemphigus aigu et la place de cette affection parmi les éruptions bulleuses.

Les anciens auteurs dénommaient pemphigus toute maladie s'accompagnant de la production de phlyctènes. Tout est obscur dans cette période et jusqu'à cette époque on a décrit une série de faits particuliers mais nullement une maladie bien déterminée.

C'est Sauvage qui, en 1725, rapporte une observation qui semble bien être la première où l'on puisse trouver les caractères du pemphigus aigu. En 1790, Wichmann distinguait nettement le pemphigus aigu fébrile et le pemphigus chronique.

C'est seulement en 1813 qu'un médecin de l'école Lyonnaise, S. Gilibert, fait faire un pas immense à la question et il nous a rapporté une remarquable monographie avec des observations très intéressantes.

Royer (1835) admet l'existence d'un pemphigus aigu mortel. En 1833, Chansit décrit un pemphigus spontané fébrile avec symptômes adynamiques et mort.

Alibert range des observations qui paraissent réaliser un tableau de pemphigus aigu à côté d'observations de zona ; il englobe indifféremment ces cas sous la rubrique de « dartres pemphigoides ».

En 1873-1874, Tortera et Cantani relatant des observations du pemphigus aigu grave, émettent l'opinion que cette maladie est d'origine infectieuse.

Nodet en 1880, dans une thèse remarquable,

isola nettement le pemphigus aigu fébrile grave des syndromes pemphigoides.

Ce n'est qu'en 1895, au congrès allemand de dermatologie, que Rozenthal put proclamer la reconnaissance du pemphigus aigu fébrile grave, jusque-là nié de divers côtés. A ce même congrès, Roperi affirme que le pemphigus, en tant qu'éruption bulleuse, est une notion clinique définie.

C'est surtout à la suite des travaux de Brocq, de la thèse de Giorand (1913) en France, des travaux de G. Pernet (1895) en Angleterre, que cette maladie fut isolée des éruptions bulleuses aiguës et considérée comme une entité morbide, autonome, dont la nature infectieuse paraît vraisemblable sans qu'aucun agent causal n'ait pu encore être mis en évidence de façon certaine.

DÉFINITION

Avant d'aborder le terrain clinique, nous rappellerons très brièvement certains caractères essentiels de cette maladie.

C'est une affection aiguë fébrile à allure septicémique, caractérisée par une éruption bulleuse généralisée survenant souvent à la suite d'une blessure, chez les sujets qui, professionnellement, manipulent des animaux morts.

Cliniquement, elle est caractérisée par :

- 1° Un début brusque ;
- 2° Une haute gravité de ses phénomènes infectieux ;
- 3° Une éruption de bulles séreuses ou hémorragiques ;
- 4° Une évolution rapide dans la majorité des cas vers la mort.

Un cinquième caractère sur lequel nous insistons et qui donne à la maladie une spécificité qui lui est propre, est la profession des gens qui en sont touchés. Ce caractère primordial lui vaut le classement parmi les maladies professionnelles comme indiqué dans le titre de notre sujet.

ÉTUDE CLINIQUE

Les malades qui ont fourni le sujet de nos vingt-cinq observations, dont la première est personnelle, les autres recueillies dans la littérature mé-

dicale, sont tous des adultes parmi lesquels on compte six femmes et dix-neuf hommes dont douze sont des bouchers. Les treize derniers sont des cas relatifs à des personnes qui manipulent la chair d'animaux ou qui sont en contact avec les animaux ou enfin des produits d'origine animale sans être bouchers. Dans dix-sept cas, on relève la porte d'entrée de l'infection sous forme d'une blessure, d'une écorchure localisée à la main soit au niveau des doigts, soit sur l'éminence thénar, rarement d'une infection digitale (panaris). Une coupure de couteau, de scie ou enfin une piqûre avec un os, sont les modalités fréquentes de ces blessures. Chez certains malades, le chancre d'inoculation est la conséquence d'une morsure ou d'un accident traumatique, quelquefois survenu en donnant des soins aux animaux. La blessure est d'habitude superficielle et mesure 2 à 3 cm. de diamètre en moyenne.

Entre le moment où s'est produit la blessure à la main et les premiers symptômes du pemphigus, il s'écoule un certain temps qui constitue la période d'incubation. La durée de cette période est mal précisée. Chez notre malade (observ. N° I), elle a été de deux mois environ. Elle peut être de courte durée, parfois de trois à quatre jours seulement (obs. N° III), dix jours dans le cas de Sandbey (obs. N° IV), ou anormalement longue de trois mois (obs. N° X). Dans le cas rapporté par Bowen (obs. N° VIII), la plaie s'infecte en même temps qu'apparaissent dans les narines des croûtes, puis des bulles.

Dans certains cas, à la suite de l'accident, il se produit au niveau de la plaie une profonde suppuration locale qui n'a aucun retentissement sur l'état général et les premiers signes apparaissent avant la cicatrisation. Dans le cas rapporté par Pernet (obs. N° X), le malade a gardé pendant toute la période d'incubation, une petite tumeur au niveau de son doigt.

Cliniquement, cette période est un peu schéma-

lique, car on ne sait pas exactement si l'inoculation probable d'un agent pathogène quelconque a été provoquée tout à fait au début ou tardivement par la plaie infectée. Le malade de Frank (obs. N° II) a été soumis à un traitement pour une infection digitale, consécutive à une blessure survenue pendant l'exercice de son métier, du 17 novembre au 26 du même mois, mais l'éruption apparut le 2 décembre.

Le début est brusque ; c'est au cours d'un état de santé parfaite en apparence que le pemphigus va tout à coup se déclarer par l'apparition simultanée ou presque de signes cutanés et de symptômes généraux consistant en un état toxi-infectieux plus ou moins grave. Celui-ci se caractérise par un malaise général, des frissons, de l'élévation de la température, de la céphalée, parfois par des douleurs dans les membres, mais surtout par de vifs maux de gorge et une angine intense.

Quelquefois, certains symptômes subjectifs intenses (cuissons, démangeaisons, picotement) précèdent l'éruption.

Chez notre malade, le début a été marqué par de vifs maux de gorge, de la céphalée et une température à 38 degrés. Des troubles gastro-intestinaux précèdent parfois l'éruption pendant quelques jours et permettent de penser à une entrée de l'infection par voie digestive (obs. N° XIV).

Dans quelques cas, on note un stade maculeux, prébulleux, caractérisé par des macules rouges, sans œdème ni inflammation préalables (obs. N° III). Dans le cas rapporté par Horand (obs. N° XIV), au niveau de certaines régions, telles qu'au dos et sur l'abdomen, il existe de petites plaques érythémateuses qui constituent le premier degré de l'éruption. Handley et Bulloch avaient encore remarqué vers le sixième jour, un érythème ni douloureux, ni prurigineux au niveau de l'omoplate.

Mais il n'existe pas toujours et on peut rencontrer des bulles en peau saine.

Souvent, une grosse bullé apparaît à côté ou à la place de la plaie d'inoculation ou de l'ancienne cicatrice et marque le début de l'éruption. Elle a les mêmes caractères morphologiques que celles qui apparaîtront tardivement sur tout le corps. Dans certains cas, elle était prise pour un panaris et traitée comme telle.

Cependant, au point de vue clinique, l'on distingue différents modes de début : l'un par les extrémités (obs. N^{os} I, III, XVII, XIV) ; l'autre par le tronc et la racine des membres (obs. N^{os} XIV, XVI, V) ; le dernier par la face (obs. N^{os} IV, IX).

L'éruption, d'abord discrète, limitée à quelques éléments, ne tarde pas à s'étendre, progressant par poussées successives.

Au niveau de certaines régions, les bulles sont si nombreuses qu'elles causent des douleurs vives à chaque mouvement. Dans le cas rapporté par Bulloch et Handley, l'éruption était particulièrement intense au niveau des bras et des mains, au point qu'elle gênait les mouvements d'extension des doigts.

Ce sont des bulles bien tendues, dures au toucher, hémisphériques. Elles contiennent un liquide séreux, habituellement citrin, mais parfois hémorragique d'emblée. Ce dernier caractère laisse prévoir un pronostic des plus graves. Dans la suite, le liquide des bulles se trouble, devient louche, puis séro-purulent.

Généralement, au bout de trois à cinq jours, elles se rompent et laissent des excoriations superficielles. Ces excoriations sont des ulcérations circulaires ou ovales, entourées d'une légère collerette épidermique. Elles sont superficielles de couleur rouge vif, parfois sanguinolentes. Des douleurs excessives résultent de la rupture des bulles par l'exposition du derme dénudé au contact de l'air et des vêtements. Horand mentionne une de ces formes douloureuses, mais elles sont loin d'être la règle.

Elles ne tardent pas à se transformer en macules brunâtres si l'évolution se fait dans le sens de la guérison. Parfois on voit des ulcérations se creuser et suppurer au lieu de se cicatriser.

MM. Hallopeau et Lévy (obs. N° VII) constatent chez leur malade, trois semaines après le début de l'éruption, la persistance sur le corps, à l'endroit où existaient des bulles, des macules brunâtres, dont quelques-unes sont végétantes.

Si on examine attentivement toutes nos observations, on constate la présence de phénomènes cutanés associés ; même après des éruptions bulleuses, très pures au début, des éléments variés apparaissent avec les poussées nouvelles. Notre malade a présenté une éruption purement bulleuse, localisée surtout aux membres supérieurs. Les bulles sont de volume variable ; au coude on note des éléments plats croûteux, violets, de diamètre allant de $1/2$ à 1 cm. environ ; quelques éléments en cocarde. A la face dorsale du bras quelques éléments acnéiformes sont mêlés aux autres.

Mais dans d'autres observations on signale : des lésions vésiculeuses et pustuleuses dans le cas rapporté par Gibier (obs. N° XIV) ; ainsi que de petites plaques érythémateuses sur l'abdomen qui se recouvrent de véritables ampoules vésicatoires (obs. N° IX). Horand signale des rougeurs angioleucytiques sur les membres inférieurs, autour des bulles, rougeurs érysipélatoïdes sur le front. Lailler (obs. N° V) décrit une éruption érythémateuse généralisée avec larges plaques sur la poitrine.

Les éruptions, parfois localisées aux téguments, peuvent se propager aux muqueuses : buccale, nasale, conjonctivale et génitale. La localisation aux lèvres, à la bouche, au pharynx engendre des érosions très douloureuses qui provoquent de la dysphagie et des difficultés de la parole ; des lésions nasales donnent lieu à des épistaxis. Dans le cas rap-

porté par Gibier, le malade a eu une épistaxis qui a persisté pendant plus d'une demi-heure.

Le malade de l'observation personnelle a présenté des lésions très intenses au niveau de la muqueuse bucco-pharyngée. On note une ulcération nette à l'angle gauche de la lèvre inférieure, la supérieure est oedématiée avec quelques petites croûtes brunâtres. Dans la bouche, on signale quelques éléments bulleux sur l'arcade dentaire inférieure et supérieure. Les amygdales sont recouvertes par un épais enduit jaune grisâtre, déchiqueté, formant fausse membrane, se détachant assez facilement. La luette était complètement engainée par une plaque de sphacèle ; à sa base un liséré hémorragique.

Gilibert a signalé un cas de pemphigus aigu débutant par une bulle sur la face dorsale de la langue.

Puyez a trouvé également des bulles dans l'œsophage et l'uretère.

Les phénomènes généraux associés sont ceux qui accompagnent toute septicémie : des frissons, des vomissements glaireux ou alimentaires, de la température élevée, la fréquence du pouls et la respiration dyspnéique, des douleurs articulaires, de l'insomnie, de l'albuminurie, de la diarrhée incoercible, des hémorragies, agitation et délire ou au contraire prostration ; ces derniers sont les signes des formes graves mortelles.

Chez notre malade, ce sont seulement les lésions buccales et pharyngées très intenses qui ont aggravé l'allure clinique de la maladie. Il a été très abattu, prostré à tel point qu'on a pensé à un moment donné à une issue fatale.

Dans les cas graves mortels, les signes généraux s'aggravent rapidement ; le malade est pris de troubles nerveux (délire intermittent, puis continu, ou adynamique et coma).

Le cas rapporté par Gibier est par excellence une des formes les plus graves. L'état du malade

était typhoïde et adynamique. L'éruption est devenue franchement hémorragique, le sang coulait en abondance des bulles et tachait le linge du malade. La température est montée, au bout de trois jours, à 41 degrés pour s'abaisser progressivement jusqu'à la mort.

Certaines localisations viscérales concomitantes ne sont que des complications de l'état septicémique. Notre malade a présenté une atteinte pulmonaire avec gêne respiratoire assez intense, accompagnée d'une expectoration purulente. Cette localisation pulmonaire est vérifiée par la radiographie et fut interprétée comme un abcès probable du poumon.

En ce qui concerne l'appareil cardio-vasculaire, Hallopeau et Lévy (obs. N° VII) signalent chez leur malade sexagénaire une insuffisance mitrale, suivie d'asystolie avec arythmie et congestion pulmonaire ; ils ne précisent point les conditions qui ont déterminé l'apparition de ces phénomènes. Il est difficile de préciser si ces lésions cardio-pulmonaires sont une maladie antérieure au pemphigus ou si elles n'en sont que les complications.

Le rein paraît assez fréquemment touché, on signale de l'hématurie (obs. N° XVII). L'analyse des urines décèle souvent une albuminurie assez intense.

Les voies digestives sont le siège de phénomènes variés. L'anorexie, le gonflement de l'isthme du gosier, la douleur et la dysphagie sont dues très probablement à une localisation de l'éruption sur la muqueuse de la partie supérieure des voies digestives. La langue est tantôt saburrale (obs. N°s I, II), tantôt sèche. Les vomissements sont abondants dans le cas de Lailler. On note parfois de la constipation ou de la diarrhée.

MM. Blum et Clary (obs. N° VI) constatent chez leur malade un ventre ballonné, un gros foie débordant de quatre travers de doigts le rebord costal et la rate est hypertrophiée et légèrement douloureuse.

L'engorgement ganglionnaire n'est pas fréquent. Le malade de l'observation personnelle a présenté des ganglions dans certaines régions. Les adénopathies cervicales et sous-maxillaires droites sont assez volumineuses, un peu douloureuses avec une très légère périadénite. Les ganglions cervicaux gauches et sus-claviculaires sont isolés et peu volumineux. On constate au bord postérieur du sternocleido-mastoïdien, un ganglion de chaque côté. Enfin, il existe de petits ganglions axillaires et inguinaux.

Rœderer (obs. N° IX) signale chez son malade des ganglions sous-maxillaires gauches et droits tuméfiés, douloureux. Ganglions axillaires palpables et sensibles à la pression des deux côtés. Gros ganglions épitrochléens à droite et à gauche ; pas de réaction ganglionnaire nette dans les aines.

Le système nerveux est diversement touché, quelques malades sont insomniaques, d'autres éprouvent des bourdonnements d'oreilles et des éblouissements (obs. N° V).

L'évolution clinique est celle d'une septicémie. Elle est d'habitude rapide, dans les cas mortels (six, dix, quinze jours) ; il est même des formes véritablement foudroyantes où toute l'évolution se fait en deux à trois jours. Moissenet rapporte le cas d'un boucher alcoolique qui succombe en vingt-quatre heures après qu'il fût atteint de pemphigus aigu.

Par contre, dans les cas favorables, beaucoup plus prolongés, on voit les manifestations générales s'amender progressivement, les poussées éruptives s'espacer et se calmer et la guérison s'établir peu à peu.

Chez notre malade, un seul accident de nature pulmonaire a compliqué l'évolution de sa maladie. Il était probablement consécutif à la lésion intense de la cavité buccale. La maladie chez lui évolue ensuite normalement vers la guérison et il entre en convalescence un mois environ après son admission.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les travaux des anatomo-pathologistes allemands, en particulier Kromayer (1897) et Kriebich (1899), résumés par MM. Sabrezès et Torlais (1928), ont depuis longtemps fixé les caractères de l'éruption du pemphigus.

Ces auteurs ont trouvé autour des bulles du pemphigus, les lésions suivantes : hyperémie, dans bon nombre de cas, hémorragies ; oblitération des vaisseaux lymphatiques de la peau ; accumulation de sérosité entre les faisceaux du derme et infiltration de petites cellules, principalement dans la portion supérieure du derme. Il se produit un œdème du tissu collagène avec transsudation d'un liquide purement séreux, qui soulève l'épiderme tout entier.

A l'examen histologique, ils ont constaté que ce n'est pas seulement l'épiderme qui est soulevé, mais encore les annexes de la peau avec prédilection pour les conduits excréteurs des glandes sudoripares ; sinon de la première éruption, du moins dans une nouvelle éruption bulleuse se produisant au même point.

Lésions histologiques du pemphigus aigu expérimental du chimpanzé

(Landsteiner, Levaditi et Prozeck, 1911)

Ils ont examiné, à ce point de vue, une bulle de généralisation ayant paru sur le genou. Vers le milieu de la coupe, ils constatent que la couche cornée et des cellules épidermiques immédiatement sous-jacentes sont détachées du reste de l'épiderme et repoussées vers le haut par une exsudation fibro-

leucocytaire. Il y a formation d'une bulle contenant de nombreux polynucléaires en parties dégénérés et des cellules épidermiques nécrosées, contenant des granulations pigmentaires. Au voisinage de la bulle, l'épiderme est infiltré par des leucocytes à noyaux multiples, lesquels dissocient les éléments épithéliaux et forment en s'accumulant dans les interstices, de tout petits foyers intra-épidermiques. On a l'impression que la vésicule ou la bulle résulterait de la confluence de ces foyers microscopiques primitifs. Les papilles sont également infiltrées par des polynucleaires et œdématisées ; quant aux vaisseaux du derme, ils sont souvent entourés d'une zone inflammatoire et il'en est de même des follicules pileux. Ces lésions sont plus accusées que celle du pemphigus aigu humain.

Les autopsies qui ont été pratiquées dans les cas mortels ont permis de déceler à l'examen macroscopique et microscopique des organes, des lésions d'origine infectieuse mais qui sont dépourvues de spécificité. Spillmann a trouvé à l'autopsie, de la congestion pulmonaire et une surcharge graisseuse du foie et des reins.

Bleitreu a constaté des manifestations inflammatoires des segments inférieurs de l'intestin grêle et du gros intestin. Kaly a noté l'atrophie de la rate.

Pelagetti a remarqué l'altération de la moëlle osseuse chez un homme de 60 ans ayant succombé le lendemain de son admission, trente jours après le début d'un pemphigus généralisé survenu sans cause appréciable.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Fréquence. — Le pemphigus aigu, maladie professionnelle, est une affection assez rare en France, mais très fréquente en Angleterre, en Amérique et en Australie. C'est surtout en Angleterre que l'on relève les plus nombreux cas de pemphigus des bouchers. On retrouve des observations allemandes et autrichiennes. Quelques cas ont été également signalés en Italie.

Deux faits essentiels dominent l'étiologie du pemphigus aigu qui nous occupe :

1° La profession de la plupart des malades. Ce sont les bouchers, les charcutiers, les cuisiniers, les tripiers, les tanneurs, qui paraissent les plus exposés à contracter cette maladie ; d'un mot, comme l'a bien mis en évidence Pernet, toute personne maniant par profession des animaux morts.

2° La déclaration, quelque temps avant le développement de la maladie, d'une blessure antérieure.

C'est Pernet en 1895 qui, le premier, attira l'attention sur la profession exercée par la plupart des malades : il faisait remarquer que certains animaux sont sujets à des maladies caractérisées par des éruptions bullenses et se demandait s'il ne fallait pas attribuer à ces faits l'origine du pemphigus aigu fébrile grave.

Dans les premiers jours du mois de mars 1895, Pernet a eu l'occasion de soigner un cas de pemphigus aigu grave chez un boucher admis d'urgence à l'hôpital dans un état déplorable et, malgré tous les soins, il a succombé cinq jours après son admission,

soit dix-sept jours après l'apparition des premières bulles. Le résultat de l'autopsie a été négatif. il a été remarqué, dès son entrée à l'hôpital, que le malade avait une légère induration au petit doigt de la main droite, provenant d'une blessure banale qu'il s'était faite pendant l'exercice de son métier de boucher. L'idée lui étant venue que l'éruption bulleuse avait peut-être comme point de départ l'inoculation de cette blessure par un microbe et ayant fait des recherches en ce sens, il a trouvé sept autres cas de pemphigus aigu chez des bouchers et charcutiers. Il a réuni plusieurs autres cas de pemphigus aigu (tanneur, vacher, cuisiniers, etc...), dont quelques-uns d'un grand intérêt au point de vue de la pathologie comparée de l'homme et des animaux. Il avait indiqué aussi qu'il y avait des maladies infectieuses bulleuses chez les animaux transmissibles à l'homme.

Brocq relatant l'origine animale, compare l'infection aux accidents graves que produisent les piqures anatomiques ou chirurgicales. L'origine animale est aussi admise par Caie et Bown. Pour éclairer cette notion de contamination professionnelle, nous allons citer quelques cas de pemphigus aigu survenus chez des personnes qui s'occupent ou sont au contact des animaux. Le cas de l'homme qui s'occupait des chevaux et trayait des vaches malades est particulièrement intéressant du fait que la maladie qui suivit la plaie de la main était causée par une infection provenant des pis de la vache. Il semble qu'il y ait une éruption bulleuse pemphygoïde et vésiculaire des mamelles qui doit être distinguée de la vraie vaccine. Dans un cas rapporté par le Docteur West, il s'agissait d'une morsure de chien au pouce droit qui eut lieu quelque temps avant son admission à l'hôpital. Une semaine après la morsure, la malade aperçut des bulles sur la face dorsale de la main droite, puis sur les bras, les jambes et le tronc.

Les éruptions bulleuses aiguës ont été décrites chez les chevaux et les animaux de bétail. Seamen

relate un cas de pemphigus chez un bœuf, cas qui ressemblait au pemphigus de l'homme. Le jour où le bœuf devint très malade, il a pu voir des vésicules aussi grosses qu'une noisette atteindre la grosseur d'un œuf. Il s'ensuivit une chute des poils et un décollement de la peau qui défigurèrent complètement l'animal. Loiset observa près de Lille un « pemphigus enzootie » chez une vache sans symptômes fébriles. Il est rapporté qu'une femme à la peau écorchée, présenta à la poitrine, aux bras et aux mains des bulles identiques à celles vues chez la vache. Gibier et Bouley (1882) observèrent deux cas de pemphigus aigu chez le cheval. Il semble aussi que cette maladie existe chez le chien.

On retrouve le plus souvent la porte d'entrée de l'infection, sous forme d'une blessure ou d'une piqûre à la main. D'après Pernet, six cas sur huit se sont terminés par la mort, il a constaté une blessure des doigts dans quatre cas et dans un cinquième cas une cicatrice d'une blessure récente. Dans dix-sept cas sur vingt-cinq recueillis par nous, on relève la porte d'entrée de l'infection sous forme d'une blessure ou d'une écorchure à la main. Elle est parfois difficile à retrouver ; à côté de piqûres septiques, on trouve parfois des cas douteux ou négatifs et il devient impossible de dire comment l'infection s'est produite. Mais, il ne faut pas oublier que le métier de boucher est trop chargé de petits accidents (piqûres, blessures) qui passent souvent inaperçus et sans déclaration de la part des malades.

En conclusion, il n'est pas douteux qu'il s'agit d'une maladie infectieuse, d'une septicémie résultant de la pénétration dans l'organisme d'un agent infectieux virulent. L'histoire d'une plaie qu'on découvre très souvent dans les antécédents et la profession de la plupart des malades, nous permettent d'envisager une infection d'origine animale provoquée par une inoculation directe et semblant provenir surtout d'animaux morts.

Certains auteurs, comme Brocq en particulier, semblent être en faveur de la spécificité de la maladie. Pour ces auteurs, certains caractères cliniques individualiseraient cette affection et permettraient de la différencier des éruptions pemphigoides.

Ces caractères sont :

- 1° La pureté de l'éruption ;
- 2° Le début brusque ;
- 3° La température élevée ;
- 4° La gravité.

C'est surtout le premier seul qui donne à la maladie une spécificité propre. Les trois derniers caractères se trouvent plus ou moins nets dans la plupart des septicémies.

Mais il ne semble pas y avoir, jusqu'à présent, de microbe spécifique du pemphigus des bouchers. Parmi les cas où d'autres germes ont été mis en évidence, il semble bien que certains n'étaient pas des cas de pemphigus, et pour les autres, on peut se demander si les microbes décelés ne relevaient pas d'une infection secondaire.

Pour Riecke, les cas où l'on décèle un microbe sont des septicémies pemphigoides et non des pemphigus aigus authentiques dont la cause est inconnue. Les septicémies pemphigoides peuvent être contagieuses, le pemphigus aigu grave ne l'est pas.

L'éruption bulleuse, qui donne à la maladie une notion clinique claire, peut être l'apanage de tous les microbes pathogènes. Il existe des éruptions streptococciques, staphylococciques, pneumococciques, etc., qui réalisent parfaitement le syndrome du pemphigus aigu fébrile grave au point de l'identifier à lui. Non seulement le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, le coli, etc., etc..., mais encore les virus filtrants de la scarlatine, de la rougeole, de la variole sont capables d'en déterminer l'apparition.

Dans les cas où on a incriminé le streptocoque, la pathogénie admise de cette forme de pemphigus aigu est la suivante : infection initiale, diffusion des germes infectieux dans la circulation, fixation dans la peau, formation des bulles streptococciques.

Cependant, dans ces dernières années, certains auteurs ont été amenés à admettre une autre pathogénie, selon laquelle la formation des bulles serait la conséquence d'un état d'allergie de la peau vis-à-vis du streptocoque.

A la clinique de Sassari (Italie), Casazza a eu l'occasion d'étudier un cas de pemphigus aigu pour lequel il croit pouvoir adopter cette pathogénie allergique. Dans son cas (obs. N° XXV), tous les examens bactériologiques effectués ne révèlent aucun microbe dans le liquide des bulles et les hémocultures furent négatives. Ces résultats négatifs orientent l'auteur vers l'hypothèse d'une pathogénie allergique de l'éruption et discutant cette hypothèse il découvre encore d'autres arguments qui sont en sa faveur :

1° L'éruption bulleuse n'est apparue que deux mois après la blessure du doigt alors que celle-ci était déjà guérie depuis un certain temps ; il y a donc eu une « période de préparation » assez longue, ce qui cadre bien avec l'évolution habituelle des phénomènes allergiques ;

2° La guérison, malgré le caractère hémorragique des bulles, est également un fait anormal, peu compatible avec l'hypothèse d'une septicémie ;

3° Il n'y avait aucune altération rénale, ce qui cadre également mal avec une septicémie ;

4° Enfin des intradermoréactions furent effectuées avec diverses cultures de microbes tués et avec diverses autres substances (peptones, tuberculine, etc., etc...), elles mirent en évidence une sensibilité spéciale de la peau vis-à-vis du streptocoque hémolytique.

Une question qui se pose il est vrai est celle de

savoir si l'état allergique a été provoqué par la toxine seule ou bien par le microbe lui-même, certains auteurs ayant émis l'hypothèse d'une hyperréceptivité liée à un état de sensibilisation. Casazza discute cette opinion et conclut comme plus vraisemblable la pathogénie toxinique, toutefois, il n'exclut pas la possibilité d'une action mixte : transport à la peau, à la fois, de toxines et de quelques microbes dont l'action sur la peau serait exaltée par une hyperréceptivité. Le cas de Casazza est très intéressant parce qu'il apporte des arguments en faveur de la théorie de l'origine septique.

Enfin, la nature du pemphigus aigu, maladie professionnelle, est toujours obscure. Elle peut être due à un parasite, un virus, un agent pathogène quelconque, certainement d'origine animale qui, par une contamination directe ou indirecte, infecte notre organisme.

L'apparition simultanée en divers endroits de la peau, à la face, sur les parois antérieures et postérieures du thorax, aux bras, aux jambes fait penser à une dissémination par le sang, à une voie hématogène. Mais l'hémoculture, dans les cas où elle a été pratiquée, n'affirme pas cette hypothèse. Le fait que les hémocultures restent stériles ne parle pas contre l'idée d'une septicémie (protozoaires).

Certains auteurs prétendent que les microbes responsables de la maladie n'envahissent la circulation générale que quelques heures avant la mort.

Deuxième voie possible, c'est la voie nerveuse, à point de départ cutané au niveau de la plaie et la propagation le long des troncs nerveux jusqu'aux centres, puis, par un mécanisme qu'on ignore encore, détermine tous les troubles. Pour mettre en évidence l'agent causal, il faut le chercher dans l'organisme soit au niveau de la substance nerveuse, soit dans le liquide céphalo-rachidien. Il sera décelable par l'inoculation aux animaux.

L'absence des altérations cellulaires typiques dans le pemphigus aigu des bouchers n'écarte pas la notion de la spécificité de la maladie. On peut admettre une vie extracellulaire du virus qui circule dans le sang (viremie).

Très récemment, le champ des recherches s'est orienté vers un virus animal neurotrope ; mais nous trouvons qu'il est prématuré d'aborder ces hypothèses dont les arguments sont encore insuffisants et d'une extrême probabilité.

BACTÉRIOLOGIE

Les recherches bactériologiques amorcées par Gibier en 1882, ont permis d'incriminer des agents multiples : bactérie en chapelet (Gibier), spores arrondies (Dubreuith), diplocoques (Hadley et Bulloch, Lack, Demme, Bleibtren, Constance, etc.), staphylocoques (Benjamini, Landsteiner, Levaditi et Prazck, Richardière, Subrazès, etc...), streptocoques (Grigoriev, Niolas et Moutot, Gardiner, etc.).

En 1881, M. le Docteur Vidal, à l'Hôpital Saint-Louis, dans un cas de pemphigus aigu, a trouvé des bactéries dans la sérosité et non dans le sang.

L'inoculation aux animaux a donné des résultats inconstants mais doit toujours être pratiquée. En 1911, Landsteiner, Levaditi et Prozek étaient parvenus à reproduire la maladie chez le chimpanzé par l'inoculation du liquide de bulles. L'agent microbien était un staphylocoque associé à un streptocoque.

Toutes ces recherches bactériologiques ont été recueillies dans la littérature médicale et nous ne les présentons ici qu'à titre historique, vu que les malades intéressés ont eu un pemphigus qui n'est pas nécessairement l'affection à caractère professionnel qui nous occupe dans ce travail.

En ce qui concerne notre cas personnel, toutes les recherches qui ont été faites ont abouti à des résultats négatifs.

I. — L'examen du liquide des bulles :

a) A l'examen direct, polynucleaires altérés, pas de germes.

b) L'ensemencement, sur des milieux aérobie et anaérobie n'a pas poussé.

c) L'inoculation sous la peau de cobaye et de lapin est restée négative.

II. — L'hémoculture, sur les milieux aérobie et anaérobie reste stérile.

C'est par l'hémoculture qu'il faut déterminer l'agent pathogène, le liquide des bulles ne présentant pas les garanties nécessaires.

Il est à regretter que les événements actuels ne nous aient pas donné l'occasion de procéder à des recherches plus approfondies. En effet, il nous a été particulièrement difficile d'étendre le champ de nos recherches par inoculation à divers animaux de laboratoire en utilisant les différentes voies (voie cérébrale, voie oculaire, etc...).

Dans les autres observations recueillies dans ce travail, on signale :

Dans l'observation :

N° II. — Streptocoques non hémolytiques dans le liquide des vésicules.

N° III. — Diplocoques dans le liquide des bulles, les cultures ont été inoculées sans succès à divers animaux.

N° IV. — Sur la culture du liquide des bulles on a trouvé un colibacille.

N° VI. — Streptocoques dans le liquide des bulles.

N° VII. — Quelques diplocoques dans le liquide des bulles. Staphylocoque doré et streptocoque dans le nez.

N° XIV. — Dans l'urine, liquide des bulles, nombreuses bactéries et spores, examen de sang négatif.

N° VIII. — L'hémoculture a été pratiquée à

deux reprises : la première fut positive et donne du staphylocoque, la seconde ne permet de déceler aucun microbe dans le sang.

" N° IX. — Un diplocoque.

Le résultat de ces recherches nous fait craindre que les microbes incriminés dans les cas ci-dessus ne soient des germes d'une infection secondaire ou de sortie qui n'entreraient en rien dans l'étiologie du pemphigus à caractère professionnel.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic se fait par la clinique et le caractère professionnel de la maladie car il nous manque à l'heure actuelle la confirmation par les recherches de laboratoire.

Le début brusque par l'apparition des bulles sur toute la surface du corps, la grande dimension des bulles, la pureté de l'éruption et enfin la gravité de l'état général sont des arguments en faveur du pemphigus aigu. La constatation d'une cicatrice récente ou d'une blessure aux mains avec des éléments bulleux tout autour est un argument de grande valeur au point de vue diagnostique.

Le diagnostic doit être orienté vers le pemphigus aigu, maladie professionnelle, toutes les fois qu'on se trouve en présence :

- 1° De malades manipulant des animaux morts, présentant une éruption bulleuse.
- 2° D'une blessure antérieure à cette éruption.
- 3° De phénomènes généraux d'allure septicémique accompagnant l'éruption.

Ces trois faits essentiels impriment à la maladie une individualité propre qui ne permettent pas d'hésiter sur le diagnostic.

Hématologiquement, il existe une polynucléose sanguine sans éosinophilie.

A proprement parler, on ne peut parler de diagnostic différentiel.

PRONOSTIC

Le pemphigus aigu est une affection grave à terminaison rapide par la mort dans la majorité des cas. A l'époque de Brocq et Pernet, on signale une grande mortalité. Brocq cite dix-sept morts sur vingt-trois cas en moyenne au bout de dix à quinze jours. On ne sait pas si ces cas sont survenus chez des personnes atteintes d'une maladie pemphigoïde à caractère professionnel ou d'une autre affection aiguë de type pemphigoïde. On note dix cas de mort sur les vingt-quatre observations recueillies dans ce travail.

Le pronostic sera basé sur la gravité des phénomènes infectieux, qui sont de deux ordres.

I. — *Phénomènes d'ordre général* : l'intensité de la température, la fréquence du pouls, l'excitation puis l'épuisement du système nerveux, la persistance de la diarrhée, la congestion pulmonaire et la dyspnée, tels sont les phénomènes qui impriment au pemphigus aigu un caractère spécial de malignité. Des symptômes ataxiques et adynamiques surviennent et persistent jusqu'à la mort du malade qui succombe dans un état de torpeur comateuse analogue à celle qu'on observe dans les maladies à forme typhoïde.

Dans les cas heureux, la guérison se fait par sédation en trois à six semaines.

II. — *Phénomènes d'ordre cutané* : Distinguons d'une part les caractères de l'éruption, d'autre part leur étendue.

A) Les caractères de l'éruption.

1) L'éruption purement bulleuse sans phénomènes cutanés associés est d'un pronostic bénin. Tous les cas où l'on ne signale aucun élément associé à la bulle, ont guéri rapidement (Hallopeau et Lévy, Bown, cas personnel).

2) Les bulles à tendance hémorragique sont des éléments de fâcheux pronostic (cas de Gibier).

3) L'éruption confluyente est d'un pronostic plus grave que l'éruption discrète.

4) L'éruption bulleuse accompagnée des manifestations cutanées associées sont de pronostic grave.

B) L'étendue de l'éruption.

Les formes cutanées sont d'une gravité moindre que les formes mixtes cutané-muqueuses : plus la surface dénudée est importante plus le pronostic est grave (analogie avec les brûlures).

L'étendue et la confluence des éléments éruptifs ont, le plus souvent, une signification funeste, soit qu'elles traduisent l'abondance des décharges vers la peau des micro-organismes, causes de la septicémie, soit qu'elles multiplient la surface de pénétration des germes saprophytes du tégument, agents des infections secondaires.

TRAITEMENT

Nous pouvons dire que malgré l'incertitude qui règne actuellement sur cette question et la nature toujours obscure, nous sommes mieux armés que nos prédécesseurs dans la lutte contre cette affection grave.

Dans l'ignorance où nous sommes de sa cause, il n'est pas surprenant que nous ne possédions pas un traitement spécifique du pemphigus à caractère professionnel.

Cependant de nombreuses médications ont été recommandées, mais elles se sont montrées la plupart du temps inefficaces.

Les anciens auteurs préconisent quelques médications particulières. Brocq conseillait la quinine, le quinquina, l'ergotine, la caféine et la digitale s'il y a oligurie ou faiblesse cardiaque, les grands lavages de l'intestin, les injections de sérum.

Dans les cas rapportés par Gibier, Horand, Hallopeau et Lévy, les malades furent traités par ingestion de quinine ou ses dérivés.

Tous ces médicaments n'ont pas donné des résultats souhaitables et dans la plupart des cas l'issue était fatale.

En présence d'un malade très infecté, les médications anti-infectieuses et toniques sont indispensables, les injections de sérum physiologique rendront des services.

Davis, aux Etats-Unis, préconise des injections combinées de cacodylate de fer et de « coagulene », extrait de plaquettes du sang.

Grindon (1925) remplace le cacodylate de fer par la tryparsamide (3 grammes, une fois par semaine) et obtient, sur quatre cas, trois guérisons et une amélioration.

A l'heure actuelle, nous possédons des médicaments non spécifiques, mais ils ont une action très favorable sur l'évolution de la maladie. Les sulfamides ont donné aux Etats-Unis et en Amérique du Sud des résultats très encourageants. Les auteurs américains ne précisent point les cas du pemphigus améliorés par ces médicaments.

Le seul argument que nous ayons en faveur des sulfamides, c'est que notre malade n'a rien eu comme médication que le septoplix (1162 F). Il a été soumis au traitement suivant pendant les neuf premiers jours de son admission :

— 3 gr. par jour pendant les trois premiers jours ;

— 2 gr. par jour pendant les trois jours suivants ;

— 1 gr. par jour pendant les trois derniers jours.

Du côté des lésions cutanées, il y a lieu d'enrayer la possibilité des infections secondaires : les pansements aseptiques ou très légèrement antiseptiques. Nous appliquons des corps gras aseptiques (liniment oléo-calcaire, vaseline, axonge) ou antiseptiques (onguent au collargol à 5 ou 10 %, pansement au tulle gras). Les pommades à base d'huile d'olive et d'acide carbolique sont très souvent employées. Les saupoudrages avec des poudres aseptiques (poudre de lycopode, de tanin et d'oxyde de zinc), les badigeonnages des excoriations au Flavurool, aux pyroctanins, les attouchements au nitrate d'argent, à l'eau d'Alibour diluée seront utiles.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

*Recueillie dans le service
de M. le Professeur Lemierre*

Le jeune malade, âgé de 14 ans 1/2, garçon boucher de profession, entre à Claude-Bernard, pavillon Leveran, le mardi 8 décembre 1939 avec le diagnostic d'angine suspecte et une éruption bulleuse.

Le début de la maladie remonte au 28 novembre. Il a été marqué par de vifs maux de gorge, de la céphalée avec température à 38 degrés ; il s'alite pendant deux jours et reprend son travail le 2 décembre. Le 4 du même mois, reparaissent les maux de gorge avec dysphagie. Le 5, il s'alite de nouveau, le médecin constate d'existence d'une angine très étendue avec enduit épais pseudo-membraneux, la fétidité de l'haleine et la température à 38 degrés. Il injecte 200 centimètres cubes de sérum antidiphthérique ; en même temps apparaît une éruption, caractérisée par des petits éléments rouges sur les mains. Dans la suite, l'éruption prend un caractère bulleux, elle s'étend aux mains, sur la face dorsale des avant-bras et au coude. Au niveau de la face antérieure, quelques éléments apparaissent sur l'avant-bras et au bras. Le 6 décembre, apparaissent des éléments non bulleux aux fesses, quelques éléments isolés sur les jambes. On note alors aussi des éléments dans la nuque, racine des cheveux, narine droite, dans le nez et dans la bouche à l'arcade dentaire supérieure surtout. Depuis le 7, l'éruption est restée stationnaire. Le médecin envoie le malade à Claude-Bernard.

L'examen pratiqué lors de l'admission permet de constater ce qui suit : malade jeune, en assez bon

état général. Il est lucide, répond avec précision aux questions mais paraît fatigué. Il se plaint de vifs maux de gorge.

Température à 38°7. Pouls à 92.

A l'examen bucco-pharyngé, on note un écoulement nasal abondant. Haleine extrêmement fétide. Œdème de la lèvre supérieure avec quelques petites croûtes brunâtres. En outre une ulcération nette à l'angle gauche de la lèvre inférieure. La gorge est douloureuse, rouge, uniformément. Sur les deux amygdales, on note un épais enduit jaune grisâtre, déchiqueté, formant fausse membrane, se détachant assez facilement. On constate des petits éléments ayant l'aspect de bulles, formés sur l'arcade dentaire supérieure (face interne) et gencives, ainsi que quelques éléments sur l'arcade dentaire inférieure qui présente en outre un liséré hémorragique. La langue est très saburrale. Au niveau du nez, on note des éléments croûteux à la narine droite.

Extrémités supérieures : siège principal de l'éruption et le siège de début. Au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du troisième doigt on note un élément cicatriciel datant de deux mois, cicatrice d'une plaie faite avec une scie de boucher. La cicatrisation avait évolué normalement. La cicatrice est croûteuse, surélevée, présentant un diamètre de 2 à 3 centimètres et montrant à sa périphérie et à la base les mêmes caractères que les éléments bulleux.

Au dos des mains, aux avant-bras et aux coudes se forment des éléments bulleux. Ce sont des bulles violacées, grisâtres, troubles, avec un petit liséré violet foncé reposant sur un fond induré entouré d'un halo rouge. Certains éléments montrent des bulles ombiliquées, d'autres sont recouvertes de croûtes. Au coude on note des éléments plus plats croûteux, violets également, de diamètre variable de 1/2 à 1 cm. environ ; quelques-uns en cocarde. Les éléments isolés sur la face antérieure des avant-

bras, des bras ont un caractère maculeux. A la face dorsale du bras gauche, quelques éléments du type acnée sont mêlés aux autres.

Extrémités inférieures : L'éruption est très discrète, limitée à quelques éléments. Aux fesses et aux jambes, ils ont un caractère maculeux.

Tête : On observe quelques éléments peu nombreux dans la nuque, à la racine des cheveux, et un élément sur chaque pavillon d'oreille.

Adénopathies : cervicales et sous-maxillaires droites sont assez œdémateuses, un peu douloureuses avec une légère périodénite. Les ganglions cervicaux gauches et sus-claviculaires sont peu volumineux et isolés. Au bord postérieur du sterno-cleido-mastoïdien, on note un ganglion de chaque côté. Enfin, il existe de petits ganglions axillaires et inguinaux.

Examen viscéral : La rate semble percutable, non palpable.

Rien à signaler au niveau des organes internes.

Tension artérielle : 13 1/2 : 7 1/2.

Dans les urines, on constate de l'urobiline. Rien du côté du système nerveux.

Examens de laboratoire :

A) Numération globulaire :

Globules rouges	4.260.000
Globules blancs	27.000

B) Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	84 %
Monocytes	12 %
Lymphocytes	4 %

C) Examen du liquide des bulles : Le liquide des bulles ponctionnées est épais, filant et grisâtre. L'examen direct : polynucléaires altérés, pas de germes. L'ensemencement sur des milieux aérobie (gélose inclinée et bouillon) et anaérobie n'a pas poussé. L'inoculation sous la peau de cobaye et de lapin est restée négative.

D) Hémoculture : négative sur des milieux aerobie et anaérobie.

Cet examen bactériologique a été pratiqué à deux reprises.

Evolution ultérieure de la maladie.

10.XII.39. — Le malade est plus fatigué que la veille, gêne respiratoire assez intense, un peu d'agitation.

Température à 38°6. Pouls 84. Respiration 20. Sur les amygdales, une plaque de sphacèle est encore très étendue. La luette est recouverte sur les deux faces latérales d'un enduit jaunâtre avec petit liséré hémorragique. Haleine reste très fétide. Adénopathies axillaires gauches plus volumineuses, les autres inchangées. L'éruption sans modification. Cœur et poumons normaux.

11.XII.39. — Température à 38°. Pouls : 90.

L'état général est un peu amélioré. On constate des douleurs articulaires bilatérales vives. L'éruption présente du côté gauche quelques éléments à tendance hémorragique. Au niveau de la gorge, une nécrose très étendue, un liséré hémorragique sur le palais. La petite ulcération de la lèvre inférieure est recouverte d'un enduit épais.

12.XII.39. — L'état général amélioré, déglutition possible. Température à 37°8.

Sphacèle encore étendu. Fétidité de l'haleine encore nette. La luette est complètement engainée en doigt de gant. L'ulcération de la lèvre inférieure en voie de cicatrisation.

13.XII.39. — L'état général est nettement amélioré.

Température à 37°5. Toujours urobiline dans l'urine. La luette est engainée par plaque de sphacèle, à sa base un liséré hémorragique.

14.XII.39. — L'état général est satisfaisant. Température à 37°5. Haleine toujours fétide. Expectoration peu abondante. Les amygdales sont nettoyées en partie. La luette est engainée, mais l'en-

duit se détache par la base, laissant une muqueuse saignante. L'ulcération de la lèvre inférieure est complètement cicatrisée.

15.XII.39. — L'état général est bon, mais le malade est un peu amaigri. Il a bon appétit.

Les éruptions sont effacées et cicatrisées. La cicatrice de la plaie à la main droite est aussi effacée. Les amygdales sont rouges, un peu saignantes. La luette est presque complètement dégagée de sa plaque de sphacèle. L'haleine est encore fétide. L'ulcération de la lèvre inférieure est cicatrisée mais encore visible, son bord taillé en porte-pièce. Elle est encore hémorragique.

Rien à signaler à l'examen somatique. Température à 38° le soir.

16.XII.39. — La gorge est presque nettoyée. Sur la base de la luette, qui est complètement dépouillée, existent trois petites ulcérations à bords hémorragiques. Température, matin : 37°7, soir : 38°3.

18.XII.39. — L'état général est satisfaisant. Le malade tousse un peu. Il ne reste plus qu'une seule ulcération à la gorge. Température, matin : 37°6, soir : 38°.

19.XII.39. — On note à la gorge, un petit liséré blanc jaunâtre bordant le pilier droit et la partie inférieure de la luette. Température à 37°6.

20.XII.39. — Rien à signaler. La gorge est nettoyée. Température à 37°3.

21.XII.39. — L'état général est très amélioré. Il existe encore un petit enduit fin, jaunâtre sur la pointe de la luette. Les éléments éruptifs se cicatrisent avec formation des croûtes, surélevées à la périphérie et déprimés au centre. Au niveau de la nuque, les éléments sont disparus. L'ulcération de la lèvre inférieure est cicatrisée, sauf le bord qui est encore visible. Température à 37°4.

24.XII.39. — On relève une douleur abdominale à la palpation basse, au-dessous de la pointe de Mac-Berent, au-dessus de l'arcade crurale. Il n'y a

pas de ganglions. Au toucher rectal, on note une douleur à droite. L'abdomen ne présente pas de défense, respirant bien. Température à $37^{\circ}4$.

Dans l'après-midi, la douleur est moins vive ; pas de vomissements ni de nausées.

25.XII.39. — On constate une respiration rude au sommet droit (Dagenau 1 gr. 50). On ne note rien à la gorge. Température, matin : 38° , soir : $39^{\circ}7$.

Rien à signaler à l'examen général. Expectoration épaisse dans la nuit du 26-27.

28.XII.39. — La douleur abdominale est disparue. Aux poumons rien à signaler. Température, 38° .

29.XII.39. — Quelques éléments de l'éruption présentent un aspect cicatriciel en cocarde. Rien à l'examen général. Température à $37^{\circ}7$.

30.XII.39. — L'abdomen est un peu sensible dans la fosse iliaque droite. T. A. 11 $1/2$: 6 $1/2$.

1.I.40. — L'expectoration est muco-purulente, assez épaisse, rien à l'auscultation. Il n'existe aucune sensibilité abdominale. Température à $37^{\circ}5$.

9.I.40. — Radio pulmonaire : à droite condensation au niveau du lobe moyen allant du médiastin à la ligne axillaire avec image circulaire au centre. Abscès ? Température à 37° .

Traitement : Septoplax pendant les neuf premiers jours de son admission : 3 gr. par jour pendant les trois premiers, 2 gr. par jour pendant les trois jours suivants, enfin 1 gr. par jour pendant les trois derniers jours.

OBSERVATION N° II (*Franck L. Ker*). 1936. Le malade, âgé de 21 ans, débuta dans le métier de boucher cinq semaines avant son admission au « Little Bromwich Hospital » le 3 novembre. Du 17 octobre au 26 du même mois, le malade fut soumis à un traitement pour une infection digitale à la suite d'une piqûre pendant l'exercice de son métier. La veille de son admission, il remarqua quelques petites papules rouges au menton qui se répandirent rapide-

ment pendant les suivantes vingt-quatre heures pour atteindre les deux joues et ses deux membres supérieurs, la plupart de ces papules s'étant déjà vésiculées. Son état général était assez bon, mais était considéré par son médecin comme étant atteint de la morve. Le malade ayant vécu dans la localité pendant toute sa vie n'y a jamais été vacciné. Après des renseignements plus poussés, il fut révélé que pas un animal souffrant ou malade ne fut égorgé récemment.

L'examen à l'admission montra que le développement physique de ce jeune homme était satisfaisant. Sa face et ses membres supérieurs étaient le siège de lésions vésiculeuses et pustulaires variant en forme et en dimension, la plus large lésion mesurant environ 4 cm. dans son plus grand diamètre. La plupart étaient de forme ronde, d'autres ovales ou irrégulières. Quelques-unes étaient creuses et d'autres enfin suintaient et le liquide avait un aspect séro-purulent. Les lésions de la face étaient limitées au menton et aux joues ; le front étant à peu près indemne. Rien à noter sur le tronc mais les cuisses présentaient quelques papules avec peu de vésicules. En plus on notait une lésion cicatricielle entourant une croûte au niveau de la première articulation interphalangienne de l'annulaire gauche. La langue était très saburrale. La gorge, ainsi que les deux amygdales, étaient couvertes d'une mince couche d'exsudat. L'haleine était fétide. La température à 101° (38,4). Puls à 124, rythme respiratoire à 24. Pas de trace d'un chancre primaire et la réaction de Wasserman était négative. Le liquide que contiennent les vésicules ne contenait ni le *Bacillus Mallei* ni le streptothrix *Actinomyces*, mais on peut obtenir une abondante culture de streptocoques non hémolytiques.

Evolution. — Durant cinq jours après l'admission, les lésions continuèrent à apparaître touchant le cuir chevelu et le dos. La gorge était très douloureuse et la déglutition devenait pratiquement im-

possible malgré qu'il n'y ait pas de vésicules apparues au niveau de la gorge ou du palais. La température resta élevée jusqu'à la complète évolution, atteignant aussi un plafond de 103° F (39,4) dans la nuit suivant l'admission. Le tableau morbide commença alors à s'améliorer paisiblement et la convalescence se passait presque normalement. Les lésions peu à peu s'encroûtèrent en ne laissant aucune empreinte cicatricielle. Le malade put se lever trois semaines après la date de son admission et fut sortant une semaine plus tard.

Traitement. — Les grosses ampoules étaient excisées aux ciseaux. Les vésicules étaient ponctionnées sitôt apparues. Une légère application composée de trois parties de lanoline, d'une partie d'huile d'olive avec 0,50 % d'acide carbolique, était des plus efficaces si elle est étendue sur de la gaze fine. On administre le troisième jour 20 cc. de sérum anti-streptococcique intramusculaire. Au rétablissement de la température, on lui prescrivit aussi des bains de permanganate.

OBSERVATION N° III (*Hadley et Bulloch*). 1898. Un boucher de 23 ans, robuste et bien portant, se fait une écorchure à l'éminence thénar droite en dépeçant un mouton ; la blessure saigne un peu et suppure un peu les jours suivants. Quatre jours après, il remarque quelques bulles sur le menton et les narines. Le sixième jour, il entre à l'hôpital avec une éruption généralisée de bulles du volume d'un pois à une noix ; elles sont saillantes, contiennent un liquide clair et confluent par places, puis sèchent en formant des croûtes impetigineuses. L'éruption est répandue très abondamment sur tout le corps, particulièrement à la face, les aisselles, les membres supérieurs, les mains ; on trouve des bulles dans la gorge et sur la langue ; fièvre assez élevée remittente. Les jours suivants, l'éruption s'étend et s'aggrave, la fièvre augmente. Il survient des vomissements et de la diarrhée. Le poulx devient faible et fréquent,

la respiration s'accélère et la mort survient le treizième jour après les premiers accidents.

L'étude bactériologique des bulles a fourni un diplocoque semblable à celui observé dans des cas analogues par Demme, Bleitren, Bulloch et Russell Wells. Les cultures ont été inoculées sans succès à divers animaux.

L'autopsie n'a rien montré d'intéressant, notamment pas de microbes.

OBSERVATION N° IV (*Saundby*). — Le malade, âgé de 14 ans, boucher, fut admis à l'hôpital le 3 mars 1904, avec une éruption cutanée et se plaignant d'un mal de gorge, de céphalée datant depuis onze jours. Des antécédents personnels et familiaux ne présentent rien de notoire. Trois semaines auparavant, il s'était coupé le doigt pendant l'exercice de son métier. Dix jours après la date de cet accident, soit onze jours avant son admission, le malade s'alita, étant dans l'incapacité de travailler. Une éruption bulleuse apparut et la première bulle siégeait au-dessous de l'œil gauche.

A l'admission son doigt était presque cicatrisé, à l'exception d'une petite surface granuleuse encore visible. L'éruption ne tarda pas à couvrir la face et la tête et se répandit à la bouche et à la langue. Celle-ci, ainsi que ses lèvres, étaient si tuméfiées qu'il était pratiquement impossible de se rendre compte de l'étendue des lésions dans la cavité buccale. Une éruption semblable siégeait au niveau de l'anus où l'épiderme ayant été écorché laissant une surface ulcérée. Les bulles de la face étaient ovalaires, de 1 à 2 cm. dans leur plus grand diamètre, contenant un liquide séro-purulent, et entourées d'une auréole rose. Partout où l'épiderme était écorché, on notait une zone ulcérée. Sa température était à 100°4 F (38°), le jour de son admission et le pouls à 84. Ses urines étaient troubles par la présence d'albumine. L'examen de son sang, rien à signaler : pas l'œsino-

phile. A la culture du liquide intrabullaire, on put obtenir seulement le bacille coli.

Quatre jours après l'admission, sa température devint normale et son état général était très satisfaisant. Les lésions cutanées étaient saupoudrées d'une poudre composée comme suit : une partie d'acide borique, une partie de glutel et huit parties de kaolin. Ce traitement n'a pas donné de résultat et cinq jours après on lui administrait en plus cinq gouttes de liquide arsenical, trois fois par jour, qui étaient portées à dix gouttes au bout du onzième jour. Il progressa rapidement, et le 25 mars, il allait presque bien. L'albumine disparut des urines et, étant complètement guéri, il fut porté, sortant le 8 avril.

OBSERVATION N° V (*Lailler*, 1869). — Le nommé M... Hyacinthe, 33 ans, boucher, né à Paris, entre à l'hôpital Saint-Louis, lit N° 55, le 24 juin 1869.

Son père a succombé à l'âge de 65 ans, à la suite d'une affection hydropique, il était porteur d'une affection croûteuse autour de la bouche. Sa mère est morte phthisique à 54 ans, ses deux sœurs sont mortes, l'une de convulsions à l'âge de 5 ans, et l'autre à 33 ans, de phthisie pulmonaire. Le malade lui-même a eu dans son enfance beaucoup de gourmes, mais pas d'ophtalmie, ni d'adénites suppurées. Pas d'antécédents rhumatismaux, pas de maladies vénériennes, jamais d'éruptions cutanées. Marié à 18 ans, il a eu trois enfants, dont deux sont morts en bas âge, l'autre, âgé de 5 ans, se porte bien.

Depuis deux mois, le malade a eu une coupure au pouce droit qui n'est pas guérie et qui suppure beaucoup, quoique la plaie ne soit pas profonde. Au médius gauche, piqure avec un os, datant du 21 juin, et qui donne lieu à une suppuration abondante avec décollement de l'épiderme, sans avoir été précédé par une bulle.

Il travaille en moyenne dix-huit heures par jour à tuer des bestiaux.

Après avoir travaillé ces jours derniers comme d'habitude, sans avoir eu froid, sans avoir fait aucun excès, il a été pris, le 21 juin, à 7 heures du soir, de démangeaisons entre les cuisses. En rentrant chez lui, il a vu sur la partie interne des cuisses et sur le scrotum une vingtaine de bulles arrondies, remplies d'un liquide clair et transparent. Dans la journée, il n'avait ressenti aucun malaise, pas de fatigue inaccoutumée, pas de courbature, pas de frisson, et il a mangé le soir comme à l'ordinaire. Dans la nuit, insomnie, céphalalgie, douleurs vives, sensations de cuisson, de brûlure dans les points occupés par l'éruption. Le matin, vomissements glaireux abondants ; malgré une céphalée continue, le malade a continué à manger et est venu à pied à l'hôpital Saint-Louis. L'éruption n'occupait alors que les cuisses et le doigt indicateur de la main droite.

Dans la nuit du 22 au 23, le malade a beaucoup souffert ; insomnie absolue, frissons, fièvre, peau brûlante, sèche. Suppression de la sueur des pieds, qui était ordinairement abondante chez le malade.

Le matin, l'éruption s'était généralisée, des bulles s'étaient développées sur le cuir chevelu ; on en voyait également une à la sous-cloison du nez, une à la commissure labiale droite et une autre sur la joue droite. En se rendant à l'hôpital, le malade a eu des vomissements abondants. Les bulles de la partie interne des cuisses, déchirées, donnent lieu à un suintement abondant et fétide.

Le 24, le malade est abattu, découragé, toute la nuit s'est passée dans l'insomnie, et il a eu encore quelques vomissements.

On constate quelques bulles récentes à la partie supérieure du dos et au poignet droit ; enfin le malade se plaint du mal de gorge et l'on voit une bulle déchirée au voile du palais, à l'union du pilier droit et de la luette, deux autres bulles siègent à l'extrémité de la langue.

Pas d'engorgement ganglionnaire, sauf dans

l'aine droite, où l'on trouve un petit ganglion non douloureux.

28.7.69. — L'éruption a augmenté à la partie interne des cuisses, au dos et au cuir chevelu. Les bulles sont volumineuses sans auréole inflammatoire. Plusieurs bulles affaissées existent à la face inférieure de la langue, à la luvette et à la partie postérieure de l'arcade dentaire à droite.

Plusieurs vomissements dans la journée d'hier, pas d'appétit, pas de diarrhée.

Traitement. — Poudre de lycopode et de tan, nin, une pilule de Lutz.

30 juin. — Un peu de diarrhée. Pas de nouvelles bulles depuis la veille ; le suintement de la région génito-crurale est toujours abondant mais moins fétide. Pas de fièvre. L'appétit revient.

1^{er} juillet. — Nouvelles poussées de bulles ; l'éruption est confluyente dans le dos, au cuir chevelu et à la partie interne des cuisses. Rien sur les membres, deux ou trois bulles seulement sur les mains.

2 juillet. — Depuis trois jours la piquûre de la face dorsale du médius gauche est pansée à l'iodoforme, sans que le pansement ait été renouvelé, pas d'amélioration.

4 juillet. — Pas de nouvelles bulles depuis hier.

5 juillet. — Le malade a de l'appétit et a pu se lever.

Pas de nouvelles bulles, mais il a eu de l'insomnie par suite de démangeaisons vives, et ce matin il présente une éruption érythémateuse généralisée. Elle consiste en petites taches irrégulières peu saillantes, confluentes en quelques points. On en retrouve à la face, aux paupières, sur le tronc, dans les points où l'éruption de pemphigus est confluyente, aussi bien que sur les membres inférieurs qui n'ont pas présenté d'éruptions. Epistaxis abondantes.

6 juillet. — L'éruption est généralisée, il y a de larges plaques érythémateuses sur la poitrine.

Traitement. — Bain simple.

7 juillet. — L'éruption a disparu. Pas de nouvelles bulles de pemphigus, de la rougeur persiste dans les points où les bulles étaient confluentes. Les plaies des mains pansées à l'iodoforme sont cicatrisées.

10 juillet. — A la commissure labiale gauche existe une ulcération superficielle, couverte d'une pseudo-membrane épaisse et blanche, à bords très rouges et peu étendus ; elle a succédé à une ancienne bulle de pemphigus. Sur la luette on retrouve encore l'ulcération pseudo-membraneuse des premiers jours.

Pas de nouvelles poussées.

11 juillet. — Quelques pustules d'ecthyma au milieu des macules consécutives à l'éruption de pemphigus.

15 juillet. — Guérison. Les ulcérations de la commissure labiale et de la luette persistent encore ; elles sont touchées avec le nitrate d'argent.

OBSERVATION N° VI (*Blum et Clary*, 1935). — V..., 44 ans, chevillard de profession aux abattoirs de la Villette, homme jusque-là vigoureux, est pris brusquement, le 9 décembre 1935, de petits frissons, d'un malaise assez important, de fièvre qui s'élève rapidement à 39° et d'une éruption à prédominance thoraco-abdominale, qui donne l'impression d'une dermite eczématiforme aiguë. L'état général qui l'accompagne semble hors de proportion avec l'éruption : très rapidement l'œdème s'infiltré sur les parties érythémateuses, où une tendance vésiculeuse était déjà notée dès le début.

Rapidement l'état général devient grave : le malade entre dans une profonde lassitude, plongé dans un état de prostration, la céphalée est marquée. L'anorexie absolue ; l'éruption tend à se généraliser : thorax, abdomen, membres supérieurs et inférieurs. De l'œdème tend à infiltrer tous les téguments. Le pouls est régulier, petit, rapide, la température est à 39 degrés.

A ce moment, on voit apparaître sur tout le corps des bulles volumineuses et de très grandes dimensions : l'une occupe toute la face dorsale du poignet droit et a 80 millimètres de diamètre, d'autres plus petites ont 20 à 25 millimètres. Aux jambes, de larges bulles ont de 40 à 60 millimètres de diamètre. Elles sont hémisphériques à liquide clair.

A la base, la peau est rouge vif, œdématiée. En aucun point, elle n'a présenté de rougeur érysipélateuse, pas de bourrelet d'extension, pas de rougeur à type érysipélateux, comme on le voit dans certains érysipéloïdes. On note l'existence de nombreuses bulles aux pieds, aux jambes, aux bras, à l'abdomen et aux flancs. Le dos est modérément atteint.

Les muqueuses sont indemnes au début.

Etat viscéral. — Le malade paraît profondément infecté. L'état général est très mauvais. Les urines sont rares. Le ventre est ballonné, le foie est gros, déborde de quatre travers de doigts le rebord costal. La rate est hypertrophiée et légèrement douloureuse.

La langue est sèche ; à la commissure des lèvres, on note de la perlèche ; et à la racine des poils de la barbe, apparaissent de gros points de folliculite infectée.

Les bruits du cœur sont assourdis et précipités. Aux poudrons, on note la présence de râles de bronchite et quelques râles de congestion au bas. Les urines sont rares, ne contiennent ni sucre ni albumine.

Les bulles se reproduisent facilement, l'odeur est nauséabonde. Le simple frottement détermine la production des bulles. Le pronostic paraît grave ; le foie est gros et douloureux, les urines pourtant rares, ne contiennent pas d'albumine, ni cylindres. L'urée dans le sang est normale. Il n'y a ni glucosurie ni hyperglycémie.

Examens de laboratoire. — L'examen du sang et celui du liquide des bulles sont pratiqués le 18 décembre 1935 par M. le Docteur Milhaud.

A) Numération globulaire ;

Globules rouges 3.850.000

Globules blancs 21.000

B) Formule leucocytaire :

Polynucleaires neutrophiles 80 %

Polynucleaires éosinophiles 3 %

Moyens mono et lymphocytes .. 13,5 %

Gros mononucléaires 3,5 %

C) Hémoculture : négative.

D) Examen du liquide des bulles. Une goutte de liquide prélevée d'une bulle a été étalée sur lame. Elle a été examinée après double coloration de Gram et coloration au Panchrome de Leveran. L'examen montre des polynucléaires dont 25 % étaient des éosinophiles plus des diplostreptobacilles Gram négatif.

E) Culture sur milieu au sang : mélange des staphylocoques et des diplostreptobacilles, bacilles de Pfeiffer ?

Evolution. — Pendant deux semaines, la situation s'améliore à peine.

Les bulles éclotent et apparaissent un peu partout. Elles se rompent et laissent derrière elles un derme rouge et saignant extrêmement douloureux. L'état général reste grave : l'état est typhoïde et on note de l'insomnie. Les bruits du cœur sont assourdis. Un essai de chimiothérapie avec le rubiazol est tenté mais il fut infructueux. L'état général s'aggrave : on assiste à l'éclosion d'une nouvelle poussée de bulles. L'arsenic que nous essayons très prudemment (sulfersénol, stovarsol) peut avoir une influence plus favorable. Des bulles cependant sont apparues sur les muqueuses (palais, face interne des joues). Les bulles cutanées semblent plus rares.

Le malade est guéri au bout de sept à huit semaines.

Une hyperchromie notable persiste à l'emplacement des anciennes bulles.

Etats des phanères. — Le cuir chevelu a été peu atteint. Les ongles, par contre, ont été très touchés et sont tombés. On note encore l'existence d'une strie à la partie inférieure de l'ongle. L'ongle du pouce n'a pas repoussé.

Traitement. — Le malade a été traité comme un grand infecté :

1) Un goutte à goutte rectal de 500 centimètres cubes de sérum glucosé isotonique.

2) Chlorure de calcium (1 gr. par jour), et une combinaison peptone et magnésie (2 cuillerées à café) contre l'insuffisance hépatique (maladie antérieure au pemphigus).

3) Adrénaline et ergotine (Spilmann et Watrin).

4) Localement : pansements antiseptiques et non adhérents (liniment oléo-calcaire stérilisé, huile goménolée, tulle gras, etc..., poudrage avec talc stérilisé).

OBSERVATION N° VII (*Hallopeau et Charles Lévy*, 1897). — Félix A..., 60 ans, garçon boucher, entré le 29 novembre 1897, salle Bazin, lit N° 61.

Le malade, vigoureux et très solidement musclé, n'a eu aucune affection de la peau antérieure à celle qui l'amène à l'hôpital.

La maladie actuelle a commencé, huit jours avant son entrée à l'hôpital, par des bulles qui ont apparu d'abord à l'aisselle gauche, puis se sont disséminées en foyers multiples. L'éruption bulleuse existe actuellement au tronc et aux membres. Ces bulles sont remplies d'un liquide jaune citrin ou séro-purulent ; il s'y forme un dépôt fibrineux ; on y trouve des streptocoques dont l'invasion est secondaire. Leurs dimensions variant de celles d'une pièce de cinquante centimes à celles d'une pièce de deux francs ; leurs contours sont nets, non érythémateux. Quand ces bulles se sont ouvertes, il reste une exco-riation arrondie.

Dans la région axillaire, ces bulles confluentes forment une large excoriation recouverte de débris épidermiques blanchâtres.

L'éruption prédomine aux régions axillaires et inguinales, et aux membres, surtout à leur face interne. Il y a peu d'éléments sur le tronc, en dehors de la ligne axillaire et de quelques bulles à la partie supérieure du thorax et à la partie moyenne du dos.

Les mains et les pieds sont indemnes ; à la tête, on voit quelques bulles derrière les oreilles, au front et au cuir chevelu.

Notons enfin que l'éruption est assez marquée au voisinage de la cicatrice d'un ancien vésicatoire entretenu pendant un an.

L'examen du liquide des bulles n'y a montré que très peu d'éléments figurés, et pas de cellules éosinophiles, même dans la fibrine. Il n'y a pas d'augmentation des cellules éosinophiles du sang (Laffitte).

Au cœur, on constate un souffle d'insuffisance mitrale, avec tendance à l'arythmie ; il y a un peu d'albuminurie.

Le malade est soumis à un traitement par le benzo-naphtol à la dose quotidienne d'un gramme cinquante et par la poudre de feuilles de digitale à la dose de 20 ctgr. en macération.

12 décembre. — Depuis quelques jours, le malade est en asystolie avec congestion pulmonaire et dyspnée intense.

L'application de ventouses sur le devant de la poitrine est suivie de la production de petites bulles confluentes, à contenu clair, et limitées à la surface des ecchymoses provoquées.

L'éruption du reste du corps n'est plus représentée que par des macules brunâtres, dont quelques-unes sont végétantes.

12 janvier. — Les macules persistent, les végétations ont rétrogradé.

OBSERVATION N° VIII (*Bowen, 1902*). — En novembre 1902, au début d'une épizootie considérable de fièvre aphteuse, un boucher de trente-cinq ans, un peu alcoolique, se fait plusieurs coupures à la main droite ; ces plaies infectées ne tardent pas à s'enflammer et en même temps apparaissent des croûtes dans les narines puis des bulles sur la face et le corps.

Dès son entrée à l'hôpital, le malade a la fièvre et il est complètement prostré. Tout le corps est couvert d'une éruption de bulles jaunes, tendues, sans auréole rouge, ayant presque un pouce de diamètre. Dans les aines il y a de larges surfaces excoりées. Croûtes sanguinolentes sur le cuir chevelu et les narines ; les muqueuses sont indemnes. Pas d'adénopathie, quelques éosinophiles dans le sang (6 %) mais pas dans les bulles, où l'on trouve quelques diplocoques. Dans le nez on trouve le staphylocoque doré et le streptocoque.

Le traitement se réduit à des applications de pommade boriquée. Au bout de quelques jours la fièvre tombe et l'éruption cesse. Le malade sort guéri au bout de trois semaines.

OBSERVATION N° IX (*Ræderer et Lanzenberg*). — B... Albert, âgé de 46 ans, boucher de son état. Rien à signaler dans ses antécédents.

Début de la maladie. — Le 31 mars 1926, le malade ressent des douleurs assez vives dans le genou gauche, douleurs qui n'ont aucune répercussion sur l'état général. Le genou et la jambe droits sont pris le 1^{er} avril. Le 3 avril, les douleurs subsistent, l'état général étant satisfaisant et le malade constate une éruption au niveau du dos de la main et des doigts, éruption qui débute par une plaque érythémateuse sur laquelle s'élève rapidement une vésicule remplie d'un liquide hémorragique.

Le 4 avril, l'éruption gagne la figure, le dos en s'accompagnant d'une sensation de brûlure, le malade constate de petits soulèvements vésico-bulleux de la muqueuse linguale et accuse pour la première fois une sensation de courbature et d'abattement ; les douleurs dans les extrémités inférieures sont toujours prononcées, rendant difficile la marche. Les extrémités supérieures sont douloureuses ; il n'y a ni céphalée ni trouble digestif ni hyperthermie (au dire du malade), les ganglions épitrechlies et axillaires sont tuméfiés. C'est à ce moment que le malade se présente à la consultation externe et se voit admettre d'urgence au service.

L'examen somatique pratiqué lors de l'admission permet de constater ce qui suit : Homme de taille et constitution moyenne, teint pâle, air infecté. Température à 38°. Les lésions cutanées qu'il présente à ce moment sont représentées par des bulles, débutant par une tache rouge sur laquelle se forme en vingt-quatre heures un décollement central, rempli d'un liquide tantôt séro-purulent tantôt hémorragique ; ces bulles atteignent en vingt-quatre heures la dimension d'une pièce de cinq centimes, quelques-unes arrivent à la grandeur d'une pièce de deux francs.

Evolution ultérieure de la maladie. — Depuis l'entrée au service, l'éruption est restée stationnaire, à peine a-t-on pu noter l'apparition de quelques éléments nouveaux. Les éléments anciens ont évolué comme suit : L'état papillomateux et végétant de certaines ulcérations post-bulleuses a régressé peu à peu ; les ulcérations sont nettement dessinées par un bourrelet rose-rouge de quelques millimètres de large, tantôt auriculaire, tantôt polycyclique, selon qu'elles étaient consécutives à une bulle isolée ou formées par confluence de plusieurs de celles-ci. Au niveau de certaines lésions, la bulle s'est affaissée sans qu'il se produise d'ulcération, leur contenu et le suintement dermique se sont coagulés pour former des croûtes brun noirâtre arrondies, dures,

qui ont fini par tomber en laissant des macules érythémateuses.

La température n'a jamais dépassé 38°5 le soir et est retombée définitivement au-dessous de 37° le 25 avril. L'examen du sang pratiqué à trois reprises a montré l'existence d'une leucocytose moyenne, 14.000 au début, puis 12.000 et 10.000 ; l'équilibre leucocytaire donna des chiffres sensiblement normaux, les éosinophiles notamment n'ont jamais dépassé 1 %. L'hémoculture a été une fois positive et donna du staphylocoque.

L'état général s'est amélioré progressivement, les douleurs ressenties dans les extrémités ont rapidement disparu, le malade s'est alimenté de façon normale une dizaine de jours après son entrée au service et sortit trente-quatre jours après son admission. A ce moment il restait encore quelques ulcérations recouvertes en partie de croûtes dans la région des genoux et des coudes, c'est-à-dire aux endroits qui avaient présenté les lésions les plus importantes.

Traitement. — Une entérolyse composée de : urotropine 1 gr., glucose 45 gr. pour un litre d'eau par jour. Elle a été renforcée pendant les huit premiers jours par une injection intraveineuse d'un gramme d'urotropine, en solution aqueuse ; pommade au collargol à 10 % sur les lésions.

OBSERVATION N° XIII (*Gibier*). — Le nommé L... Ruel, âgé de 17 ans, garçon charcutier, est entré à l'hôpital le 18 août 1881, pour une éruption bulleuse. Rien à signaler dans ses antécédents. Pendant tout l'été dernier, il a souffert de démangeaisons sur tout le corps.

L'éruption pour laquelle il entre à l'hôpital a débuté, il y a quatre jours, au niveau du tronc, de la face et de la racine des membres. A la veille de son admission, le malade a présenté une éruption généralisée de pemphigus avec des bulles, dont la

grosueur varie depuis celle d'un grain de millet à celle d'un haricot. Quelques éléments apparaissent sur les paupières de l'œil droit, sur le cuir chevelu, la face, le cou et la poitrine. Les éruptions sont confluentes dans les aisselles. Les bulles sont rares sur les fesses, la verge et les cuisses ; quelques éléments siègent sur les jambes, il n'y a rien aux pieds. Au niveau d'une cicatrice récente sur le dos de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius gauche, on note des vésicules et des bulles confluentes. Jusqu'à son entrée, le malade dit n'avoir eu ni fièvre ni malaise. Les bulles sont pleines d'un liquide clair, transparent, citrin. Elles ne sont entourées d'aucune zone inflammatoire. Pendant l'examen, le malade a des bourdonnements d'oreilles et des éblouissements.

Le 20 août. — Température 38 degrés. Le malade a mal dormi la nuit dernière, il y a de l'albumine en quantité assez notable dans l'urine. Température soir, 39°.

Le 21 août. — Température, 37°6. Grande poussée de bulles larges, bien tendues, sur tout le corps, sauf sur les pieds. Confluence des bulles sur le ventre et sur les bras. Les conjonctives sont le siège d'une éruption confluyente de petites bulles. Le malade n'a pas dormi cette nuit ; l'urine contient toujours de l'albumine, elle est faiblement acide. La sérosité des bulles et l'urine contiennent des bactéries.

Le 24 août. — La température est remontée à 40 degrés. Epistaxis qui a persisté pendant plus d'une demi-heure. Vomissements. Subdelirium.

Le 25 août. — Température, 40°5. Pas de nouvelles bulles.

Le malade est fatigué. On ne constate ni angine, ni bulles dans la bouche, mais il en existe sur les lèvres.

Le 26 août. — Température, matin : 40°4, soir 39°.

Légère poussée de bulles. Moins d'albumine.

Le 27 août. — Température, 39°4. État typhoïde, adynamique. Il existe des bulles hémorragiques dans différents points, surtout aux fesses et aux genoux. Léger diaphragme d'albumine.

Température à 3 h. 30 : 42° ; Q soir : 39°9.

Le 28 août. — Température, 38° Pouls 120. Malade affaibli, la langue et les dents sont prurigineuses, odeur repoussante de l'haleine et de tout le corps. Pas de nouvelles bulles. Température soir : 39°4.

Le 29 août. — Température : 39 degrés. Le malade est très abattu. Délire tranquille.

Le 30 août. — 120 pulsations, 40 respirations à la minute.

L'éruption devient franchement hémorragique. Langue un peu sèche, rougeurs angioleucocytiques sur les membres inférieurs, autour des bulles, rougeurs érysipélateoïdes sur le front. On note des vomissements.

31 août. — Mort.

Autopsie (trente-six heures après la mort) — Elle n'a rien montré d'intéressant.

OBSERVATION N° XIV (Horand). — François B..., âgé de 17 ans, garçon tripier, entre à l'hôpital le 22 août. Rien dans les antécédents. L'éruption qui l'amène à l'hôpital s'est développée sans cause appréciable, car le malade dit seulement avoir accompli, ces jours derniers, un travail un peu plus pénible qu'à l'ordinaire et avoir eu un peu de diarrhée.

Sans avoir éprouvé la veille aucun malaise, ce jeune homme constate le 21 août, à son réveil, l'existence de petites bulles sur le bord des doigts et des orteils. Dans la journée des bulles apparaissent sur le front et pendant la nuit l'éruption se développe sur les avant-bras. A son admission, l'éruption est encore discrète : elle a pour siège le front, les lèvres, les avant-bras, les doigts et les orteils. Elle est caractérisée par des bulles dont le volume ne dépasse pas

celui d'un petit pois. De plus, le malade a un peu de fièvre et du larmoiement.

Pendant la nuit l'éruption se généralise et le 23 août on constate des bulles disséminées sur toute la surface du corps. Leur volume varie entre celui d'une tête d'épingle et celui d'une amande. Elles renferment une sérosité citrine, quelques-unes sont ombiliquées, d'autres présentent une auréole périphérique. Entre les doigts et les orteils, elles ont été déchirées et sont remplacées par des ulcérations superficielles grisâtres qui sécrètent une sanie fétide et ressemblent à s'y méprendre à des plaques muqueuses.

Dans certaines régions, telles qu'au dos et sur l'abdomen, il existe le premier degré de l'éruption. Les conjonctives sont légèrement injectées, le bord ciliaire est tuméfié et garni de croûtes jaunâtres.

P. 64. Température : matin, 38° ; soir, 37°8.

Les bulles sont considérablement augmentées dans la journée du 24 août. En examinant la cavité buccale, on constate l'existence de vésicules sur la pointe de la langue, le pilier droit du voile du palais et la muqueuse labiale. La déglutition est un peu douloureuse. La malade a eu plusieurs selles diarrhéiques. (Température, 38°. Pouls à 70.)

Le 25 août, de nouvelles bulles se sont développées soit sur les membres, soit sur l'abdomen et le dos. La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre, épais, la déglutition devient de plus en plus douloureuse. L'état général, cependant, ne s'est pas sensiblement aggravé.

Température : matin, 38° ; soir, 39°2.

Le 26 août, gêne respiratoire, rien à l'auscultation. Sur l'abdomen, les bulles ont pris un développement tel qu'elles ressemblent à de véritables ampoules de vésicatoires. A la partie antérieure de la cuisse, on remarque plusieurs petites bulles violacées. P. 88. Température: matin, 38°2, ; soir, 39°2.

Le 27 août, le nombre des bulles hémorragiques a augmenté. Il n'en existe toutefois que sur

les cuisses et leur volume ne dépasse pas celui d'un gros pois. Le dos et les fesses présentent des excoriations étendues qui rendent les mouvements très douloureux. Les urines sont rousses, troubles et peu abondantes.

Matin P. : 88. Température : 39°

Soir P. : 112. Température : 39°

Le 28 août, l'abattement est considérable. La souffrance occasionnée par les excoriations est vive. Le malade peut à peine se faire comprendre. La cavité buccale est remplie de mucosités épaisses. La suppuration est abondante et fétide.

P. : 120. Température : matin, 39°2 ; soir, 40°2.

Le 30 août, le malade est dans une prostration complète. La respiration est anxieuse. La face est couverte d'une sueur froide et abondante. Le pouls est petit, faible et fréquent. Dans la journée d'hier, il a pris une syncope de quelques secondes à la suite d'un effort pour se changer de position et la nuit a été très agitée.

P. : 130. Température : 40°4.

Le malade succombe à midi.

Le traitement a consisté dans le début en l'usage de l'aconit, puis, lorsque la fièvre s'est déclarée, on a eu recours au quinquina et au sulfate de quinine. Les excoriations ont été pansées avec du cérat de Joulard laudanisé.

Autopsie. — Rien de caractéristique, à part un foie volumineux, rouge, friable et gras.

OBSERVATION N° X (*Pernet*). — Le malade âgé de 32 ans, boucher, fut admis à l'hôpital le 2 mars 1895 dans un état général très grave, s'accompagnant d'une éruption généralisée.

Quatre mois environ avant son admission, il se blessa au doigt au cours de son travail. Il n'y fit pas attention et trois mois après (le 8 février), près du bord de la lésion, une bulle apparut. Celle ci fut

prise pour un panaris et fut traitée comme telle. Dix jours plus tard (le 17 février), une éruption bulleuse se généralisa rapidement et le malade mourut seize jours après.

OBSERVATION N° XI (*Burrows*). — Sir G. Burrows décrit un cas d'éruption bulleuse chez un jeune boucher qui fut hospitalisé le 8 avril 1856. Cinq semaines auparavant, le malade s'était coupé au pouce gauche en dépeçant la tête d'un mouton. La plaie continuait à suppurer et le malade ne s'en plaignit pas jusqu'au 5 avril, date d'apparition de l'éruption. Il souffrit beaucoup mais fut guéri et entra en convalescence un mois après son admission.

OBSERVATION N° XII (*Burrows*). — En 1854, Burrows soigna un jeune boucher qui présentait la même éruption. A la base de cette éruption il y avait aussi un accident du travail. Il fut hospitalisé en mars 1854, mais la maladie était plus avancée que dans le cas précédent et il mourut quinze jours après.

OBSERVATION N° XV (*Barthel*). — X..., cuisinier, 47 ans, éprouve un frisson, de la chaleur consécutive et de la céphalalgie. Deux jours après apparurent les premières vésicules au dos, à la partie interne des cuisses et aussi en d'autres points. Développement rapide de ces vésicules, qui en peu d'heures acquièrent un notable volume.

Au quatrième jour, on trouve sur la partie gauche de la nuque, les cheveux agglutinés par des croûtes jaunes, grisâtres. A l'épaule, à la région scapulaire, à la surface interne des cuisses jusqu'aux plis de l'aîne et au périnée, la peau est dépouillée de son épiderme, sur une grande surface et le chignon est exposé à l'air. Sur toute la surface du corps, à l'exception du visage, des mains et de la plante des pieds, on trouve des bulles de la grosseur d'une petite orange, au nombre de 30 à 40. Les bulles

récentes sont distindues par un liquide complètement clair, les anciennes sont plus flasques et leur contenu est rendu trouble par le pus. Elles sont disposées en groupes irréguliers, mais ne sont pas confluentes. Rien d'anormal dans les organes internes. L'éruption accompagnée d'une violente fièvre précurusive, dura quatorze jours. Depuis lors, plus de fièvre et plus de formation de bulles. Un nouvel épiderme recouvre les parties exfoliées. Pas de récive.

Traitement. — Doses massives de quinine. Lycopode et oxyde de zinc en applications locales.

OBSERVATION N° XVI (*Caie*). — Un cultivateur de 21 ans présente, le 16 septembre 1904, une éruption de bulles du volume d'une noisette à la face dorsale des mains et des avant-bras ; la peau de la région était rouge et douloureuse. Le 24, l'éruption s'étend au tronc, puis à tout le corps ; la température s'élève et le pouls atteint 120. Le 25 surviennent des hématuries et des épistaxis, puis un érythème diffus sur tout le corps. L'état général s'aggrave, devient typhique et le malade meurt le 28, au onzième jour de sa maladie, après une baisse graduelle de la température. Le malade ne manipulait pas de viandes ni d'animaux abattus, mais un mois avant, il s'était fait une petite plaie à l'avant-bras et une piqûre au doigt.

OBSERVATION N° XVII (*Newton Pitt*, 1887). — Un tanneur, âgé de 50 ans, soumis aux soins du Docteur Newton Pitt. Bonne santé jusqu'en octobre 1887, date à laquelle il infecte son auriculaire gauche : ce qui le rendit malade pendant cinq semaines. Cinq semaines plus tard, il infecte son pouce gauche : trois semaines de maladie. Puis des vésicules apparurent sur les bras, le cou et les cuisses et qui disparurent peu après. Le 27 décembre 1887, nouvelle apparition de vésicules sur le périnée, la verge et les cuisses. Il fut admis à l'hôpital le 3 janvier 1888 et mourut le 10 janvier.

OBSERVATION N° XVIII (*Ballard*). — Ballard publia le cas d'un homme qui fut légèrement mordu à la face dorsale de la main droite, par un cheval, et du sang coula de sa plaie. Le même jour il eut à traire des vaches souffrantes d'une éruption bulleuse des mamelons et des pis. Une semaine après, une bulle apparut à l'endroit de la morsure et d'autres l'entourèrent.

Une semaine plus tard, une large bulle parut, puis une troisième. L'éruption s'étend aux avant-bras, aux mains et aux pieds. La bouche et la gorge présentent la même éruption. A un moment donné, son état général était très mauvais, mais il guérit ensuite et entra en convalescence une quarantaine de jours après son admission.

OBSERVATION N° XIX (*Malherbe's*, 1869). — Malherbe's publia un cas d'une servante de 46 ans, qui fut admise le 12 février 1869. Une éruption commença le 13, elle mourut le 19 février.

OBSERVATION N° XX (*Bleibtren*, 1893). — Il s'agit d'une servante de 20 ans, qui fut admise le 8 juin 1893 pour une éruption ayant commencé le 1^{er} juin. On remarqua qu'elle portait un panaris sous-cutané autour de l'ongle de l'index droit, qui, d'après Bleibtren, aurait eu pour cause la suppuration d'une bulle.

OBSERVATION N° XXI (*Southey*, 1875). — Une servante de 19 ans se présenta à l'hôpital le 28 octobre pour une douleur à la main qui débuta par une bulle qui a été cautérisée. Elle fut très malade le 15 novembre, date du début de l'éruption, mais elle fut guérie ensuite.

OBSERVATION N° XXII (*Spillmann*, 1881). — Spillmann rapporte un cas fatal d'une ménagère âgée de 36 ans qui eut une forte éruption et fut malade du 25 mai au 5 juin.

OBSERVATION N° XXIII (*Coupland*, 1879). — Une servante de 45 ans fut admise au « Middlesex Hospital ». Elle avait un panaris à la racine de l'ongle du pouce droit. La malade a guéri.

OBSERVATION N° XXIV (*Penrose*, 1894). — Une servante cuisinière de 22 ans remarque une éruption le 13 novembre. Son cas s'empira rapidement le 22 novembre et elle mourut le 29 novembre. La malade avait été traitée d'un mal de gorge.

OBSERVATION N° XXV (*Casazza*). — La jeune malade, âgée de 20 ans, employée à des travaux de cuisine. Au cours de son travail, elle se fit à l'annulaire une petite blessure, qui s'infecta, s'enflamma, suppura, mais finit par guérir. Vingt jours plus tard : fièvre et frissons, lymphangite et tuméfaction de l'avant-bras du côté de la blessure. Enfin apparut une éruption diffuse de bulles apparaissant par poussées, envahissant le tronc, la tête et les membres ; les plus anciennes avaient un aspect ombiliqué, certaines étaient hémorragiques. On finit par découvrir deux collections suppurées profondes, l'une au voisinage du coude, l'autre dans l'aisselle ; elles furent incisées et il en sortit une quantité abondante de pus, épais et louable. Dans ce pus, le microscope révéla une quantité prodigieuse de streptocoques. Dès que ces deux abcès profonds eurent été évacués, l'état général, qui était grave, s'améliora rapidement et les lésions cutanées cessèrent de se produire ; la malade guérit malgré les symptômes inquiétants qu'elle avait présentés, notamment le caractère hémorragique des bulles qui pouvait faire redouter une issue fatale.

Les examens bactériologiques effectués ne révélèrent aucun microbe dans le liquide des bulles et les hémocultures furent négatives.

CONCLUSION

I. — Il existe une pemphigus aigu, maladie professionnelle qui se rencontre particulièrement chez les bouchers. Il est consécutif à une blessure à la main.

II. — Il se caractérise par la haute gravité de ces phénomènes infectieux et aboutit dans la majorité des cas à la mort.

III. — Il n'est pas douteux qu'il s'agit d'une maladie infectieuse dont l'agent spécifique demeure encore inconnu.

IV. — A l'heure actuelle, il n'existe pas de médication spécifique. Cependant les sulfamidés semblent avoir une action favorable sur l'évolution de la maladie.

Vu : Le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu : Le Président,
LEMIERRE.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALIBERT. — Monographie des dermatoses.
- ALLEN. — Pemphigus aigu (Jour. of cut. and gen. m. dis., 1888).
- BAILEY. — Cas de pemphigus aigu (Brit. med. journ., 1893).
- BATEMAN. — Abrégé pratique des maladies de peau.
- BAZEN. — Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau.
- BEAUTES. — Le pemphigus infectieux aigu chez l'adulte. Thèse de Bordeaux, 1928.
- BLEIBTREN. — Sur la connaissance du pemphigus aigu (Berlin. Klin. Woch., 1893).
- BLUM et CLARY. — Un cas de pemphigus aigu. Bull. Soc. Franç. de derm. et syph., mai 1936, p. 1002.
- BIETT. — Abrégé pratique des maladies de la peau, 1828.
- BOWEN. — Pemphigus aigu chez un boucher pendant épidémie de fièvre aphteuse (J. cutan. Dis. mil. syph., N. Y., 1904).
- BROCC. — Traité de dermatologie, T. I, P. 855.
— Pemphigus aigu (La pratique dermatologique), T. III, P. 761.
- CAIE. — Cas mortel de pemphigus aigu (Brit. med. jour., 1903).
- CARO. — Le traitement du pemphigus aigu par la sulfanilamide. Arch. of derm. and syph. Feb. 1938, P. 196.
- CASAZZA. — Contribution à l'étude des pemphigus aigus. Giornale ital. de dermat. e sifi. Août 1937, P. 557.
- CHATELAIN. — Précis iconographique des maladies de peau.
- CHABERT. — Contribution à l'étude du pemphigus aigu. Thèse Paris, 1902.
- COUPLAND. — Un cas de pemphigus aigu. Times and Gazette, 1879, Vol. II, P. 99.
- DARIER. — Précis de dermatologie, P. 186.
- FILARETEPOULA. — Pemphigus aigu grave. Mort par septicémie (Jour. des malad. cut. et syph., 1896).
- FEARNSIDES. — Pemphigus aigu (The Brit. journ. of derm., 1911).
- FRANK (L. KER (B.A.)). — Un cas de pemphigus (Lancet 1936).
- GIBIER. — Recherches sur l'étiologie de la fièvre pemphigoïde (Annales de dermat., 1882, P. 101).
- GILIBERT. — Monographie sur le pemphigus, Lyon 1813.

- GAUCHER. — Le pemphigus aigu (Revue internationale de médecine et de chirurgie, 1901).
- Leçons sur les maladies de peau, 1895.
- Maladies de peau (Traité de Brouardel et Gilibert).
- GOIRAND. — Contribution à l'étude du pemphigus aigu fébrile grave. Thèse Lyon, 1912-1913.
- GRINDON. — La tryparsamide dans le pemphigus aigu. Arch. of dermat. and syph. Janvier 1930, P. 25.
- HALLOPEAU et LÉVY. — Un cas de pemphigus aigu (Annales de dermat. et syph., 1898).
- HANDLEY et BULLOCH. — Un cas de pemphigus (Lancet, 1899, P. 1219).
- HORAND. — Un cas de pemphigus aigu (Annal. de dermat., 1871).
- KROMAYER. — Anatomie et pathogénèse des bulles de pemphigus. Dermat. Zeitschrift, juill. 1897. Annal. de dermat., 1898.
- LANDSTENIER, LEVEDITE et PRAZEK. — Etude expérimentale du pemphigus infectieux. Mémoires Soc. de biologie, avril 1911, P. 643.
- LENARTOWICZ. — Essai d'inoculation du pemphigus aux animaux. Przegląd Dermat., T. 31, N° 4, décembre 1936, P. 422.
- LINDENBERG (A.). — La transmission expérimentale des maladies du groupement du pemphigus. Fol. clin. et biol., 1937, P. 33.
- LIPSCHUTZ (B.). — Arch. of dermat. a. syph., 153 : 350, 1927.
- MALHERBE's. — Un cas de pemphigus aigu. L'Union Médicale 1869, P. 506.
- NODET. — Le pemphigus aigu et les syndromes pemphigoides. Thèse de Lyon, 1880.
- PERNET. — Un cas de pemphigus aigu (Brit. journ. of dermat., 1895).
- Sur l'étiologie du pemphigus (Brit. med. journ., 1895, P. 1554).
- PENROSE. — Un cas de pemphigus aigu. Lancet 1894, Vol. I, P. 265.
- SAUNDBY. — Un cas de pemphigus aigu. Lancet, 1904.
- WEIDMAN et GILMAN. — Pemphigus aigu. Arch. dermat. a. syph. Juill. 1934).
- WEBER. — Un cas de pemphigus aigu (Brit. medic. journ., 1894).
- RIECKE (E.). — Sur l'étiologie du pemphigus (Handbook of skin and Vene. Diseases, Berlin, Julius Springer 1931).
- PELS (I. R.) and MACHT (D. I.). — Sur l'étude phytopharmacologie du sang dans le pemphigus et les maladies cutanées. Arch. Dermat. syph. Avril 1929.

